MOD . 5 C. C. DELEGA

DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO DI COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ALL'AZIENDA AUSL DI PIACENZA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A_____

Nato/a a _____ **il** _____

DELEGA CON LA PRESENTE

IL SIG./SIG.RA _____, **NATO A** _____

IL _____

☐ **A RICHIEDERE** **E O** ☐ **A RITIRARE**

IN SUA VECE

☐ **COPIA DELLA CARTELLA CLINICA**
☐ **COPIA REFERTO PS**
☐ **COPIA DIARIO ORTOPEDICO**
☐ **COPIA CARTELLINO D'INTERVENTO DEL 118**

RELATIVO AL RICOVERO/ACCESSO AVVENUTO PRESSO L'OSPEDALE DI _____

IN DATA_____ **U.O. DI** _____

IN DATA_____ **U.O. DI** _____

IN DATA_____ **U.O. DI** _____

SOLLEVANDO L'AZIENDA USL DI PIACENZA DA OGNI EVENTUALE RESPONSABILITA'.

_____, lì_____ **FIRMA DEL DELEGANTE** _____
(INTESTATARIO DELLA CARTELLA)

^^^